

ANALISIS KEBIJAKAN: PROGRAM DOKTER KELUARGA DALAM PELAYANAN KESEHATAN RAWAT JALAN TINGKAT PERTAMA (RJTP) DI SUMATERA SELATAN

Ekowati Retnaningsih¹

ABSTRACT

Background: South Sumatra Province has launched family doctor program to provide health services for poor people in 2006. Government by APBN budgeted had paid the premium of health insurance for poor people by Askeskin program with capitation is Rp. 1.000,- each person for the service of health take care of the first level health service (RJTP) in Puskesmas, on 2006. Meanwhile, province of South Sumatra by APBD budgeted have launch the program of family doctor which also give the service of health RJTP for poor people, its pay capitation is Rp. 8.000,- each person. **Objective:** This research was to determine the application of family doctor program on membership, advantages of health service and financially aspects. **Methods:** This research is using policy analysis approach with qualitatively paradigm. The research design was a case study and explorative study. **Results:** This research were: 1) There was membership duplication of family doctor program and Askeskin program, 2) The family doctors hope all member of family doctor program was people non-poor, 3) There was duplication of the kind of family doctor program and Askeskin program health service, 4) The family doctors available to serve patient just at 2-4 hour, 5) There was budget duplication of family doctor program with Askeskin program, 6) The family doctor in puskesmas get double salary that can cause jealousy of another health provider.

Key words: family doctors, membership, health services, financing

PENDAHULUAN

Pemerintah mempunyai tanggung jawab terhadap jaminan pemeliharaan kesehatan penduduk sangat miskin dan penduduk miskin (fakir miskin dan orang tidak mampu) sesuai dengan yang tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomer 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Thabrany, 2001).

Pemerintah telah menyediakan pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin sejak tahun 1997 sampai tahun 2007, diawali program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) kemudian diganti dengan Program Kesehatan Pengganti Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) kemudian diganti dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (JPKMM) dan tahun 2005 sampai tahun 2007 diganti dengan Program Asuransi Kesehatan Keluarga Miskin (Askeskin).

Pada program Askeskin tahun 2006 premi dibayar oleh pemerintah pusat melalui anggaran APBN sebesar Rp. 5.000,- (kapitasi Rp. 1000,- untuk pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama/ RJTP di Puskesmas dan Rp. 4.000,- untuk Rumah Sakit) per jiwa per bulan. Dengan adanya ASKESKIN maka penduduk sangat miskin bebas menggunakan layanan kesehatan RJTP di puskesmas sampai dengan rawat inap lanjut di rumah sakit tanpa harus membayar (Departemen Kesehatan, 2006).

Di Provinsi Sumatera Selatan, pada tahun 2006 telah diluncurkan program dokter keluarga mandiri dan dokter keluarga puskesmas yang akan memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP) bagi masyarakat miskin. Dokter keluarga mandiri adalah dokter umum bukan PNS, bukan PTT, bukan karyawan swasta, secara mandiri membuka praktek dokter keluarga. Dokter keluarga puskesmas adalah dokter puskesmas (PNS/PTT) merangkap

¹ Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sumatera Selatan, Jl. Demang Lebar Daun No. 4864 Palembang
Korespondensi: Ekowati Retnaningsih

Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sumatera Selatan
Jl. Demang Lebar Daun No. 4864 Palembang

sebagai dokter keluarga. Sebelum program tersebut dilaksanakan di seluruh kabupaten/kota yang ada di Sumatera Selatan maka dilakukan uji coba di 1 kabupaten yaitu Kabupaten Banyu Asin. Dipilihnya kabupaten Banyu Asin karena kabupaten tersebut tempat pencairan program dokter keluarga dan bersedia menyediakan dana kapitasi bagi dokter keluarga untuk 1 bulan pertama yaitu sejumlah Rp.40.000.000,- untuk 2 orang dokter keluarga.

Program dokter keluarga ini merupakan kerja sama pemerintah Provinsi Sumatera Selatan dengan asistensi Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Konsep dokter keluarga yang diterapkan di Kabupaten Banyu Asin Provinsi Sumatera Selatan belum pernah diterapkan di daerah lain di Indonesia.

Tujuan analisis kebijakan ini adalah untuk mendapatkan informasi secara mendalam tentang uji coba program Dokter keluarga ditinjau dari aspek kepesertaan, paket pemeliharaan kesehatan dan pembiayaan di Provinsi Sumatera Selatan.

METODE

Telah dilaksanakan uji coba penerapan program dokter keluarga mandiri 1 orang dan dokter keluarga puskesmas 1 orang di Kabupaten Banyu Asin. Biaya kapitasi pelayanan RJTP untuk dokter keluarga dianggarkan oleh pemerintah kabupaten Banyu Asin (APBD) sebesar Rp.8.000,- per jiwa. Setiap dokter keluarga mempunyai peserta sebanyak 2.500 jiwa, sehingga biaya kapitasi yang dibayarkan oleh pemerintah daerah untuk 1 orang dokter keluarga per bulan sebesar Rp.20.000.000,- ($2.500 \times \text{Rp.8.000,-}$). Biaya kapitasi untuk dokter keluarga puskesmas tidak berbeda dengan dokter keluarga mandiri, yaitu Rp.20.000.000,- per bulan walaupun dokter keluarga puskesmas telah menerima gaji PNS/PTT (Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2007).

Pendekatan yang digunakan pada penelitian ini adalah analisis kebijakan, yaitu analisis terhadap uji coba program dokter keluarga sebelum program tersebut menjadi kebijakan publik. Paradigma yang digunakan adalah paradigma kualitatif. Rancangan penelitian adalah studi kasus di wilayah uji coba program dokter keluarga untuk menggali variabel sistem pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin yang sudah ada, kepesertaan, paket pemeliharaan kesehatan yang tersedia dan pembiayaan. Informan

terdiri dari:

- 1) Pasien masyarakat miskin peserta program ASKESKIN 10 orang
- 2) Peserta program dokter keluarga 10 orang
- 3) Dokter Keluarga mandiri 1 orang
- 4) Dokter Keluarga Puskesmas 1 orang
- 5) Dokter Puskesmas (Kepala puskesmas) 2 orang
- 6) Pengelola program Askeskin 2 orang
- 7) Lintas Program Dinas Kesehatan kabupaten 5 orang terdiri dari Ksubdin pelayanan kesehatan, Kasubdin P2M, Kasubdin Promkes, Kasubbag Keuangan, KaSie Kesehatan Keluarga)
- 8) Lintas Sektor tingkat kabupaten (Kabid Anggaran BAPPEDA, Kabag Kesra PEMDA, Kepala PT Askes, pengurus IDI, pengurus IAKMI).

Metode pengumpulan data dengan cara diskusi kelompok terarah (FGD), wawancara mendalam (WD) dan Telaah dokumen seperti pada tabel 1 berikut.

Analisa data menggunakan analisis konten. Lokasi Penelitian di Kabupaten Musi Banyu Asin dan Kabupaten Banyu Asin. Penelitian dilaksanakan pada tahun 2007.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Sistem Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin di Provinsi Sumatera Selatan

Pelayanan kesehatan harus disediakan secara *equity* sehingga seluruh masyarakat mempunyai peluang yang sama, siapa pun, kapan pun, dan di mana pun untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. *Equity* pelayanan kesehatan dapat dilihat dari akses pelayanan kesehatan. Aday, Andersen, dan Fleming (1980) menguraikan akses sebagai alat ukur pemerataan (*equity*) layanan kesehatan melalui:

- 1) akses potensial indikator proses (*Potensial access process indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik populasi berisiko.
- 2) akses potensial indikator struktural (*Potensial access structural indicators*) yang dapat dilihat dari karakteristik sistem layanan kesehatan yang ada.
- 3) akses nyata indikator obyektif (*Realized access objective indicators*) dapat dilihat dari pemanfaatan/ utilitas layanan kesehatan.
- 4) akses nyata indikator subyektif (*Realized access subjective indicators*) dapat dilihat dari kepuasan konsumen.

Tabel 1. Variabel, Informan dan Metode Pengumpulan Data

No	Variabel	Informan	Metode
1	Sistem Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin:		
	1) Sistem yang sudah ada	1. Petugas Lintas Program	FGD
	2) Pendanaan		
	3) Manfaat		
	4) Hambatan/kendala	2. Petugas Lintas Sektor	FGD
	5) Harapan ke depan		
2	Kepesertaan:	1. Dokter Keluarga Mandiri	WD
	1) Jumlah peserta		
	2) Sistem rekrutmen	2. Dokter Keluarga Puskesmas	WD
	3) Kriteria peserta		
	4) Hak dan kewajiban peserta	3. Kepala Puskesmas	WD
	5) Kendala/Masalah		
	6) Harapan	4. Pengelola Askeskin	WD
3	Paket pemeliharaan Kesehatan RJTP yang disediakan:	5. Peserta Program Askeskin	FGD
	1) Jenis pelayanan yang disediakan		
	2) Jam buka pelayanan	6. Peserta Program Dokter Keluarga	FGD
	3) Kendala/Masalah		
	4) Harapan		
4	Pembiayaan:		
	1) Sumber Biaya	1. Dokter Keluarga Mandiri	1. WD
	2) Jumlah anggaran		
	3) Pemanfaatan anggaran	2. Dokter Keluarga Puskesmas	2. WD
	4) Sistem pembayaran		
	5) Masalah	3. Kepala Puskesmas	3. WD
	6) Harapan	4. Pengelola Askeskin	4. WD

Untuk menjamin masyarakat agar dapat mendapat pelayanan kesehatan kapan pun dan di mana pun saat mereka membutuhkan maka mereka harus mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan atau asuransi kesehatan. Banyak penelitian membuktikan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan memengaruhi akses terhadap pelayanan kesehatan.

Penelitian Ekowati menunjukkan bahwa asuransi kesehatan terbukti berhubungan bermakna dengan akses nyata suspek TB baik secara sendiri-sendiri (bivariat) maupun setelah dikontrol oleh variabel lain pada Level 1 dan variabel kontekstual Level 2 dan Level 3. Suspek TB yang mempunyai asuransi kesehatan mempunyai kemungkinan (*odd*) akses nyata 2,9 kali dibandingkan suspek TB yang tidak mempunyai asuransi kesehatan. Kepemilikan asuransi kesehatan mempunyai kontribusi 65% terhadap akses nyata (AFE 0,65) atau 65% akses nyata pada

suspek TB yang mempunyai asuransi kesehatan, disebabkan oleh kepemilikan asuransi kesehatan tersebut (Retnaningsih, Ekowati, 2005).

Hasil tersebut senada dengan telitian di Indonesia yang dilakukan oleh Hasbullah Thabrany dan penelitian di Amerika yang membuktikan bahwa asuransi kesehatan memengaruhi akses nyata layanan kesehatan (Thabrany, H., 1995; Fitzpatrick *et al.*, 2004). Begitu juga telitian di Prancis senada dengan telitian ini, yaitu bahwa asuransi kesehatan mempunyai efek yang kuat terhadap akses nyata layanan kesehatan (Buchmueller *et al.*, 2004). Penelitian di Spanyol menunjukkan bahwa asuransi kesehatan, khususnya asuransi swasta, memengaruhi akses nyata ke dokter spesialis (Rodriguez dan Stoyanova, 2004).

Peserta jaminan kesehatan di Sumatera Selatan pada tahun 2006 mencapai 4.606.863 (67,2%) jiwa dari total penduduk Sumatera Selatan 6.866.766 jiwa

(Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2007). Bila ditinjau dari jenis kepesertaan jaminan kesehatan di Sumatera Selatan, persentase terbesar adalah peserta jaminan kesehatan masyarakat miskin (30,6%) dan diikuti dengan peserta dana sehat (26,35%). Peserta dana sehat seharusnya belum dapat dikelompokkan sebagai peserta jaminan pemeliharaan kesehatan karena mereka tidak mendapat jaminan pemeliharaan kesehatan secara komprehensif.

Pemerintah telah berupaya untuk menciptakan layanan kesehatan yang *equity*, salah satunya dengan terbitnya Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) yang mewajibkan seluruh penduduk Indonesia untuk mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan melalui badan penyelenggara asuransi sosial (Thabrany H, 2000). Dalam Undang-Undang tersebut disebutkan bahwa jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin menjadi tanggung jawab pemerintah.

Pemerintah pusat telah meluncurkan program ASKESKIN (Asuransi Kesehatan Penduduk Miskin) untuk seluruh wilayah di Indonesia yang didanai oleh pemerintah pusat melalui APBN. Seperti provinsi lainnya, provinsi Sumatera Selatan juga menerima dana program Askeskin yang digunakan untuk layanan kesehatan penduduk miskin yang tersebar di 14 kabupaten/kota wilayah provinsi Sumatera Selatan pada tahun 2006 berjumlah 1.920.001 jiwa (quota).

Pada bulan November 2006 pemerintah provinsi Sumatera Selatan telah meluncurkan program dokter keluarga sebagai model pelayanan kesehatan yang diharapkan dapat mendorong pencapaian Sumatera Selatan Sehat 2008. Program dokter keluarga juga diarahkan untuk memberikan layanan kesehatan penduduk miskin, namun tanpa ketentuan yang jelas tentang kriteria miskin.

Kepesertaan

Peserta program Askeskin berdasarkan pendataan dan kriteria keluarga miskin yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) dan tertuang dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota. Dengan adanya kriteria yang jelas dan terbitnya SK Bupati/Walikota tentang Data Masyarakat Miskin penerima kartu Askeskin dan ditindaklanjuti dengan didistribusikannya kartu Askeskin oleh PT Askes, maka kepesertaan program Askeskin menjadi jelas dan tidak ada masalah.

Peserta program dokter keluarga telah ditentukan jumlahnya yaitu setiap dokter keluarga mempunyai

peserta sebanyak 2.500 jiwa masyarakat miskin (gakin) yang ada di wilayahnya. Penentuan peserta gakin pada dokter keluarga ditentukan berdasar pendataan dokter keluarga bersama ketua RT di wilayahnya. Kriteria yang digunakan sebagai *cut of point* gakin tidak tertulis secara jelas, hanya menggunakan pendapat ketua RT. Dalam hal ini, pendataan peserta menjadi tanggung jawab dokter keluarga dan ketua RT. Akibatnya dapat terjadi duplikasi kepesertaan yaitu peserta yang telah mempunyai kartu Askeskin kemudian terdata kembali oleh dokter keluarga dan Ketua RT menjadi peserta dokter keluarga sehingga yang bersangkutan mempunyai kepesertaan ganda yaitu peserta Askeskin dan peserta dokter keluarga.

Hal ini cukup merepotkan para dokter keluarga, seperti pernyataan dokter keluarga pada wawancara mendalam berikut.

"Hal tersebut agak repot saat awal pendataan,..... kami datang ke RT-RT, ada beberapa menurut RT masuk kriteria miskin maka dimasukkan". (DK-1)

Setiap praktek dokter keluarga merupakan bagian wilayah kerja puskesmas, sehingga wilayah kerja dokter keluarga juga merupakan bagian dari wilayah kerja puskesmas. Seluruh penduduk miskin yang berada di suatu wilayah puskesmas, secara otomatis akan memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan Askeskin di puskesmas untuk pelayanan kesehatan RJTP.

Sebagai akibat tidak jelasnya kriteria dan sistem perekrutan peserta program dokter keluarga maka ada sebagian peserta Askeskin yang juga terdata menjadi peserta dokter keluarga. Ada sebagian peserta program dokter keluarga yang juga masuk sebagai peserta program Askeskin, dan ada sebagian peserta program dokter keluarga yang bukan peserta program Askeskin. Ditemukan duplikasi kepesertaan karena 1 orang mempunyai jaminan pelayanan RJTP di dua fasilitas kesehatan yang berasal dari 2 program berbeda yang didanai oleh 2 sumber dana berbeda.

Program dokter keluarga di Sumatera Selatan mempunyai 2 tipe tenaga, yaitu praktek dokter keluarga mandiri dan praktek dokter keluarga puskesmas. Dokter keluarga mandiri adalah seorang dokter bukan PNS, bukan PTT, dan bukan karyawan apapun, yang telah mendapatkan pelatihan dokter keluarga dan memperoleh bantuan peralatan praktek serta komputer

dari pemerintah, membuka praktek dokter keluarga secara mandiri. Dokter keluarga puskesmas adalah seorang dokter yang bertugas di puskesmas (PNS atau PTT), yang telah mendapat pelatihan sebagai dokter keluarga dan memperoleh bantuan peralatan praktek serta komputer dari pemerintah, membuka praktek dokter keluarga di tempat tinggalnya.

Dalam penelitian ini akan digali 2 model program dokter keluarga tersebut berdasar studi kasus di 2 puskesmas yaitu salah satu puskesmas yang terdapat praktek dokter keluarga mandiri dan salah satu puskesmas yang terdapat praktek dokter keluarga puskesmas.

Kepesertaan di Puskesmas yang Terdapat Praktek Dokter Keluarga Mandiri

Puskesmas Sukajadi terletak di daerah daratan wilayah kabupaten Banyu Asin. Untuk mencapai puskesmas tersebut menggunakan perjalanan darat dengan kendaraan roda 4 kurang lebih selama 30 menit dari ibu kota kabupaten. Puskesmas ini juga dekat ke ibukota provinsi Sumatera Selatan yaitu kota Palembang, yang ditempuh dengan perjalanan darat kurang lebih selama 30 menit. Puskesmas Sukajadi dipimpin oleh seorang dokter. Di wilayah puskesmas ini terdapat praktek dokter keluarga mandiri, yaitu seorang dokter yang baru lulus dan telah mengikuti pelatihan dokter keluarga.

Jumlah penduduk di wilayah kerja puskesmas Sukajadi berjumlah 27.692 jiwa. Masyarakat miskin di wilayah puskesmas Sukajadi yang telah terdata oleh puskesmas dan tertuang dalam SK bupati berjumlah 20.192 jiwa telah menjadi peserta Askeskin. Peserta dokter keluarga mandiri berjumlah 2.500 jiwa terdiri dari masyarakat miskin yang telah terdata oleh puskesmas (peserta Askeskin) dan masyarakat miskin yang belum terdata oleh puskesmas tetapi terdata di ketua RT (bukan peserta Askeskin). Tidak ada catatan pasti tentang jumlah peserta dokter keluarga mandiri yang telah memegang kartu Askeskin (menjadi peserta Askeskin) dan jumlah peserta dokter keluarga mandiri yang belum mempunyai kartu Askeskin. Keadaan ini menunjukkan lemahnya manajemen kepesertaan pada program dokter keluarga.

Hal ini terungkap dari hasil wawancara mendalam dengan dokter keluarga mandiri sebagai berikut;

".....Sulit memastikan yang hanya punya Askeskin atau JPKMM, atau punya kedua-duanya Askeskin

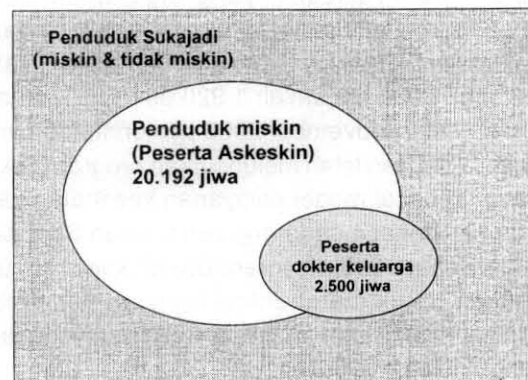
dan dokter keluarga. Belum pernah di cek" (DK-1)

Hal tersebut senada dengan ungkapan pasien dokter keluarga yang mengaku bahwa sebagian hanya mempunyai kartu Askeskin, sebagian hanya mempunyai dokter keluarga dan sebagian lagi mempunyai 2 kartu (Askeskin dan dokter keluarga).

".....Kami punya juga kartu Askeskin, tapi dio (dia)...idak (tidak) punya" (PDK-3)

".....Saya hanya punya kartu ini (Dokter Keluarga), untuk ke dokter ini (Dokter Keluarga). Kalau ke puskesmas atau rumah sakit idak (tidak) bisa dipakai". (PDK-5)

Kenyataan tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi duplikasi kepesertaan program Askeskin dan program dokter keluarga, yaitu ada sebagian peserta pemegang kartu Askeskin yang juga menjadi peserta dokter keluarga mandiri. Untuk menggambarkan kondisi tersebut dapat dilihat pada diagram ven berikut.



Grafik 1. Kepesertaan askeskin dan dokter keluarga mandiri di wilayah kerja puskesmas Sukajadi tahun 2006

Pada grafik tersebut dapat dilihat bahwa pada tahun 2006 telah terjadi duplikasi sebagian kepesertaan antara Askeskin dan dokter keluarga. Ada sebagian peserta dokter keluarga yang menjadi peserta Askeskin atau sebaliknya. Adanya duplikasi status kepesertaan ini berdampak pada efektivitas pelayanan yang diterima oleh peserta tersebut serta efisiensi biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Lemahnya manajemen kepesertaan juga dikeluhkan oleh dokter keluarga. Mereka mengharapkan agar manajemen kepesertaan dapat dilakukan oleh Badan Penyelenggaraan (Bapel) JPK, bukan dibebankan kepada dokter keluarga, seperti yang terungkap pada hasil wawancara mendalam berikut.

".....karena itu saya mengharapkan ada Bapel yang mengurus masalah keanggotaan. Artinya ada yang menerangkan bahwa ia memang miskin, masyarakat miskin itu kan penda yang menetapkan kategori miskin". (DK-1)

Harapan dokter keluarga tersebut sesuai dengan konsep asuransi kesehatan, konsep *managed care*, konsep praktek dokter keluarga mandiri (PDKM), konsep jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM), serta amanat Undang-Undang No. 40 tahun 2004 tentang SJSN. Kenyataan ini menunjukkan bahwa penerapan program dokter keluarga tidak dapat dilakukan hanya dengan cara menyiapkan pemberi pelayanan kesehatan, tanpa dibarengi pengembangan sistem secara utuh termasuk badan penyelenggaranya.

Kepesertaan di Salah Satu Puskesmas yang terdapat Program Dokter Keluarga Puskesmas

Puskesmas Srikaton terletak di daerah perairan wilayah kabupaten Banyu Asin. Untuk mencapai puskesmas tersebut harus menggunakan *speedboot* kurang lebih 1 jam dan perjalanan darat dengan kendaraan roda 4 selama 1 jam dari ibu kota kabupaten. Puskesmas ini lebih dekat ke ibukota provinsi Sumatera Selatan yaitu kota Palembang, yang ditempuh dengan *speedboot* selama 1 jam.

Puskesmas Sri Katon dipimpin oleh seorang sarjana kesehatan masyarakat dan mempunyai 1 orang dokter umum dengan status PTT. Dokter PTT tersebut merangkap menjadi dokter keluarga puskesmas sehingga dokter tersebut memperoleh gaji sebagai dokter PTT dari pemerintah pusat sebesar Rp1.530.000,- per bulan dan memperoleh uang kapitasi dokter keluarga puskesmas dari pemerintah daerah sebesar Rp.20.000.000,-.

Jumlah penduduk di wilayah puskesmas Sri Katon berjumlah 13.842 jiwa. Masyarakat miskin di wilayah puskesmas Srikaton yang telah terdata oleh puskesmas

berjumlah 3.152 jiwa telah menjadi peserta Askeskin. Peserta dokter keluarga puskesmas berjumlah 2.500 jiwa terdiri dari masyarakat miskin yang telah terdata oleh puskesmas (peserta Askeskin) dan masyarakat miskin yang belum terdata oleh puskesmas tetapi terdata di ketua RT (bukan peserta Askeskin). Hal ini terungkap dari hasil FGD dengan pasien dokter keluarga dan hasil wawancara mendalam dengan dokter keluarga puskesmas sebagai berikut;

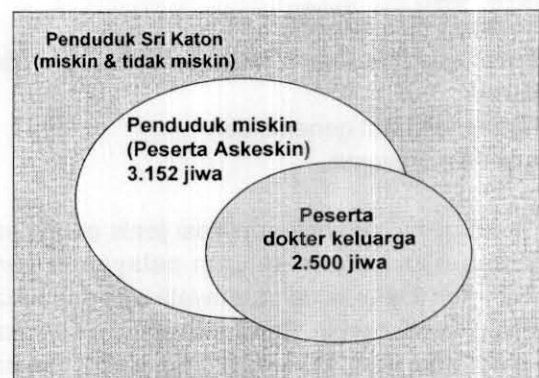
".....mereka ada yang sudah masuk dalam Askeskin terdata pula (juga) Dokter Keluarga, ada yang tidak sama sekali, menjadi keanggotaan Dokter Keluarga" (DK-2)

Kenyataan tersebut sesuai dengan pernyataan pasien dokter keluarga yang menyatakan bahwa sebagian dari mereka ada yang hanya menjadi peserta dokter keluarga dan sebagian lagi ada yang mempunyai 2 kartu karena menjadi peserta dokter keluarga dan peserta Askeskin.

".....Kami berenam ini punya 2 kartu, kartu Askeskin dan kartu dokter keluarga" (PDK-8)

"Bu, dari kami bersepuluh ini yang kartunya hanya 1 itu kami ini 4 orang, hanya punya kartu dokter keluarga ini" (PDK-4)

Dalam hal ini, ada sebagian pemegang Askeskin yang juga menjadi peserta dokter keluarga puskesmas. Untuk menggambarkan kondisi tersebut dapat dilihat pada diagram ven berikut.



Grafik 2. Kepesertaan askeskin dan dokter keluarga puskesmas di wilayah kerja puskesmas Srikaton tahun 2006

Pada grafik tersebut dapat dilihat terjadinya duplikasi sebagian kepesertaan antara Askeskin dan dokter keluarga. Ada sebagian peserta dokter keluarga yang menjadi peserta Askeskin atau sebaliknya.

Tidak ada catatan pasti tentang jumlah peserta dokter keluarga puskesmas yang telah memegang kartu Askeskin (menjadi peserta Askeskin) dan jumlah peserta dokter keluarga puskesmas yang belum mempunyai kartu Askeskin.

Paket Pemeliharaan Kesehatan

Pelayanan kesehatan dokter keluarga disiapkan untuk memberikan pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama (RJTP). Dengan biaya kapitasi Rp.8.000,- per jiwa diharapkan dokter keluarga dapat memberikan pelayanan rawat jalan tingkat pertama (RJTP), promotif dan preventif yang bermutu bagi pesertanya.

Program Askeskin memberikan dana kapitasi kepada puskesmas sebesar Rp.1.000,- per jiwa untuk RJTP, promotif dan preventif. Jumlah jenis pelayanan RJTP yang diberikan oleh program Askeskin dan RJTP program dokter keluarga tidaklah sama. Ada perbedaan jumlah jenis pelayanan antara pelayanan peserta Askeskin di puskesmas dan peserta dokter keluarga, seperti pada tabel 1 berikut.

Tampak bahwa jumlah jenis pelayanan RJTP lebih banyak diberikan oleh program Askeskin dibandingkan program dokter keluarga. Ada beberapa jenis pelayanan RJTP yang sama-sama diberikan oleh program Askeskin dan dokter keluarga adalah

- 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik, penyuluhan kesehatan
- 2) Tindakan medis kecil
- 3) Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui, bayi dan balita
- 4) Pemberian obat generik, dan
- 5) Promotif, preventif.

Dapat dilihat adanya duplikasi jenis pelayanan yang diberikan karena seluruh pelayanan yang diberikan oleh dokter keluarga ternyata juga disediakan pada program Askeskin. Pelayanan yang disediakan oleh program dokter keluarga di Sumatera Selatan jauh lebih sedikit bila dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang seharusnya disediakan oleh dokter keluarga. Menurut panduan Praktek Dokter Keluarga Mandiri yang dikeluarkan oleh IDI, idealnya pelayanan

Tabel 1. Jenis Pelayanan Kesehatan RJTP bagi Peserta Askeskin dan Dokter Keluarga di Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2006

Jenis Pelayanan	Askeskin di Puskesmas	Dokter Keluarga
Konsultasi, pemeriksaan fisik, penyuluhan		
Laboratorium sederhana		Tidak diberikan
Tindakan medis kecil		
Pemeriksaan dan pengobatan gigi, cabut, tambal		Tidak diberikan
Pemeriksaan ibu hamil, nifas, menyusui bayi dan balita		
Pelayanan KB dan penanganan efek samping (Alkon dari BKKBN)		Tidak diberikan
Pemberian obat generik		

Keterangan:

Wilayah diarsir adalah jenis pelayanan yang diberikan.

kesehatan yang diharapkan dapat diberikan oleh dokter keluarga sebanyak 21 jenis pelayanan dengan mutu dan standar yang sama untuk semua pasien (Ikatan Dokter Indonesia, 2003).

Jenis pelayanan tersebut adalah: Penilaian status kesehatan pribadi, Program proaktif pengendalian penyakit/kondisi khusus, Pendidikan kesehatan, Imunisasi, Pemeliharaan kesehatan bayi dan balita, Pemeliharaan kesehatan anak usia sekolah, Pemeliharaan kesehatan wanita dan kesehatan reproduksi, Pemeliharaan kesehatan lansia, Pemeriksaan antenatal dan postnatal, Konsultasi dan pengobatan, Peresepan obat, Tindakan medis, Konseling, penunjang diagnostik, Layanan kesehatan gigi dan mulut, rehabilitasi medik, Kunjungan rumah, Perawatan di rumah, Kunjungan ke rumah sakit, Layanan mendesak/gawat darurat, dan Ambulans.

Jumlah dana kapitasi RJTP program dokter keluarga 8 kali lipat program Askeskin. Pengadaan obat untuk RJTP program dokter keluarga dibebankan

pada dana kapitasi yang diterima dokter keluarga sedangkan obat program Askeskin sebagian dapat menggunakan obat program yang ada di puskesmas. Mutu pelayanan dokter keluarga diharapkan lebih tinggi dibandingkan mutu pelayanan di puskesmas. Salah satu cara melihat mutu pelayanan kesehatan dari aspek kepuasan pelanggan.

Tingkat rata-rata kepuasan pasien program Askeskin (89,4–92,5%) maupun program dokter keluarga (94,3–98,6%) terhadap 5 faktor penentu kualitas mutu jasa dan pelayanan, berada di atas nilai 89%. Secara umum dapat dinyatakan bahwa tingkat kepuasan pasien program Askeskin maupun program dokter keluarga terhadap seluruh faktor, sudah cukup baik. Namun bila dibandingkan tingkat rata-rata kepuasan pasien dari 2 program tersebut, maka terlihat bahwa tingkat rata-rata kepuasan pasien program Askeskin relatif lebih rendah dibandingkan program dokter keluarga pada seluruh faktor, yaitu faktor: 1) keandalan (*reliability*), 2) ketanggapan (*responsiveness*), 3) keyakinan (*assurance*), 4) empati (*emphaty*), dan 5) berwujud (*tangibles*). Setelah dilakukan uji t menggunakan α 5%, terdapat 2 (dua) faktor yaitu faktor keandalan (*realibility*) dan faktor ketanggapan (*responsiveness*) yang terbukti bermakna secara statistik, bahwa kepuasan pasien program dokter keluarga lebih tinggi dibandingkan kepuasan pasien program ASKESKIN (Retnaningsih, Ekowati, 2008).

Pelayanan RJTP peserta program dokter keluarga disediakan pada sore hari. Pelayanan pada dokter keluarga mandiri menurut informan pasien, selama 4 jam (jam 16.00–20.00) namun dokter keluarga membantahnya dan menyatakan bahwa pagi juga buka pelayanan. Informasi pasien dokter keluarga mandiri yang menyatakan bahwa buka pelayanan hanya selama 4 jam (jam 16.00–20.00) disertai bukti otentik yaitu kartu berobat yang telah ditulis oleh perawat tentang waktu buka dokter keluarga jam 16.00–20.00.

Menurut pasien dokter keluarga puskesmas, jam buka praktek dokter keluarga puskesmas adalah jam 16.00–18.00. Pernyataan tersebut dikuatkan oleh pernyataan dokter keluarga puskesmas yang menyatakan bahwa jam praktek pelayanan dokter keluarga puskesmas hanya 2 jam (jam 16.00–18.00). Hal tersebut dibuktikan dengan papan nama dokter keluarga yang mencantumkan jam praktek jam 16.00–18.00.

".....Dan saya sampaikan pengobatannya dari jam 4 sampai jam 6 sore di rumah dinas saya, karena saya tidak tahu konsepnya harus di mana dan jam berapa, maka saya tetapkan saja jam 4 sampai 6 sore, saya yang akan melayani". (DK-2)

"Iya, saya dikasih tahu perawatnya kalau ke sini sore, nah ini di kartu ditulis jam 4 sampai jam 8 sore". (DK-1)

Dokter keluarga belum memahami jam kerja sebagai dokter keluarga yang seharusnya tidak hanya 2–4 jam. Berdasarkan buku panduan Praktek Dokter Keluarga Mandiri yang dikeluarkan IDI, disebutkan bahwa waktu pelayanan praktek dokter keluarga selama 8–10 jam per hari (Ikatan Dokter Keluarga, 2003). (lihat Tabel 2).

Mencermati kenyataan yang ada bahwa 2 dokter keluarga yang ada di kabupaten Banyu Asin hanya buka praktek pada sore hari, maka harus dipikirkan sangsi bagi dokter keluarga yang memberikan waktu pelayanan tidak sesuai dengan Juklak.

Pelayanan dokter keluarga yang hanya buka pada sore hari, jelas berbeda dengan konsep pelayanan dokter keluarga yang seharusnya. Program dokter keluarga dirancang dengan harapan dapat memberikan pelayanan kesehatan RJTP yang bermutu dalam waktu 8–12 jam setiap harinya dan 24 siap dipanggil melalui telepon untuk pelayanan gawat darurat, sehingga kapan pun peserta memerlukan pelayanan dapat dilayani dengan baik. Dengan harapan tersebut, maka dana kapitasi pelayanan RJTP pada dokter keluarga (Rp.8.000,- per jiwa) jauh lebih besar dari dana kapitasi RJTP di puskesmas (Rp.1.000,- per jiwa). Jumlah dana kapitasi tersebut 8 kali lipat dana kapita program Askeskin untuk pelayanan RJTP di puskesmas.

Jumlah dana kapitasi program dokter keluarga 8 kali lipat program Askeskin, sedangkan jenis pelayanan RJTP yang diberikan oleh program dokter keluarga lebih sedikit dibandingkan program Askeskin. Diharapkan mutu pelayanan kesehatan dokter keluarga jauh lebih bagus dibandingkan mutu pelayanan di puskesmas.

Pembiayaan

Sumber dana program dokter keluarga tahun 2006 berasal dari APBD kabupaten Banyu Asin. Besar kapitasi untuk pelayanan RJTP dokter keluarga adalah

Tabel 2. Karakteristik Model Praktek Dokter Keluarga

Karakteristik	PDK	KKK	Jejaring
Jumlah dokter keluarga	1 DK	> 1 DK	> 1 PDK dan > 1 KKK
Badan hukum	Usaha perorangan	Perserikatan perdata	PT, Koperasi
Kepemilikan	Milik DK	Milik kelompok	Milik Jejaring
Agen fiscal	individu	Perserikatan perdata	Badan hukum
Perizinan	Bentuk Perizinan		
Status pegawai	Bekerja untuk diri sendiri	Bekerja untuk kelompoknya	Pegawai dari jejaring
Cara pembayaran	Lebih dominan kapitasi		
Penggajian DK	Diatur sendiri	Diatur kelompok	Diatur jejaring
Waktu pelayanan	8–10 jam/hari	8–12 jam/hari	8–16 jam/hari
Lingkup layanan	Komprehensif dengan sarana pendukung terbatas	Komprehensif dengan sarana pendukung lengkap	Komprehensif dengan sarana pendukung ideal
Wilayah pelayanan	terbatas	lebih luas	bisa sangat luas
Tanggung jawab mutu	Ditanggung sendiri	Tanggungungan bersama	Tanggungungan bersama

DK : Dokter Keluarga

PDK : Praktek Dokter Keluarga

KKK : Kelompok Klinik Dokter Keluarga

Rp.8.000,- per jiwa per bulan. Bila dibandingkan dengan dana kapitasi RJTP program Askeskin (Rp.1.000,- per jiwa per bulan) maka kapitasi dokter keluarga 8 kali lipat program Askeskin. Untuk melayani peserta sejumlah 2.500 maka dokter keluarga per bulan menerima dana kapitasi untuk pelayanan kesehatan RJTP sebesar Rp.20.000.000,-.

Tingginya dana kapitasi dokter keluarga untuk pelayanan RJTP tidak dibarengi dengan peningkatan utilisasi dokter keluarga. Pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh peserta dokter keluarga puskesmas bahkan tidak terdata dengan baik. Pemanfaatan pelayanan RJTP peserta dokter keluarga mandiri (3,8%) per bulan jauh lebih kecil dibandingkan program Askeskin (11,0%) seperti tampak pada tabel 3 berikut.

Rincian penggunaan dana kapitasi pelayanan RJTP bagi dokter keluarga belum ditentukan secara resmi pada tahun 2006. Menurut petugas lintas program dan lintas sektor yang ada di kabupaten Banyu Asin tempat peluncuran program dokter keluarga, kapitasi Rp.20.000.000,- per bulan per dokter keluarga menyebabkan iri dokter lainnya.

".....Dua puluh juta per bulan, kami jadi pusing mendengarkannya....". (LP-1).

"..... Dalam 1 tahun 1 orang 240 juta kan???" (LP-3)

".....Ya ini membuat iri yang lain, yang diperairan susah, tidak dibuat jadi dokter keluarga, kan lebih baik jadi orang itu (dokter keluarga) saja ya tidak?" (LP-1)

".....makanya semua ingin jadi dokter keluarga". (LP-2)

Seperti telah dijelaskan di depan bahwa terdapat 2 model dokter keluarga di Sumatera Selatan yaitu dokter

Tabel 3. Jumlah Kunjungan Per Bulan Peserta Program Askeskin dan Program Dokter Keluarga di Kabupaten Banyu Asin Tahun 2006

No	Nama Program	Jumlah Peserta	Jumlah Kunjungan
1	Askeskin (Puskesmas Srikaton)	3.152	347 (11,0%)
2	Askeskin (Puskesmas Sukajadi)	20.192	TAD
3	Doker Keluarga mandiri	2.500	94 (3,8%)
4	Dokter Keluarga puskesmas	2.500	TAD

Keterangan: TAD = Tidak Ada Data

keluarga mandiri dan dokter keluarga puskesmas. Dokter keluarga mandiri yang menerima dana kapitasi Rp.20.000.000, per bulan telah menimbulkan kecemburuan sosial. Kecemburuan ini semakin besar kepada dokter keluarga puskesmas karena selain menerima dana kapitasi Rp.20.000.000,- per bulan dia juga tetap menerima gaji PTT di puskesmas sebesar Rp.1.500.000,- sementara dokter lainnya hanya menerima gaji PTT. Hal ini diungkapkan oleh pejabat dinas kesehatan dalam FGD.

".....Sebenarnya dokter di puskesmas konsepnya sekarang ini dia sudah mempunyai gaji dari pekerjaannya menjadi dokter puskesmas..... tapi kalau dokter puskesmas menjadi dokter keluarga itu kemarin sudah ribut, semua dokter di perairan komplain,.....katanya kalau dia (dokter keluarga puskesmas) sendiri punya penghasilan 20 juta secara kasat mata.....ia (dokter keluarga puskesmas) dokter puskesmas yang punya gaji PTT yang 1,5 juta..." (LP-1)

".....Ya, PTT. Jadi ia (dokter keluarga puskesmas) punya 2 penghasilan". (LP-2)

Sementara itu, menurut sebagian kepala puskesmas lokasi penelitian, penempatan program dokter keluarga puskesmas akan mengganggu sistem yang ada dan menimbulkan kecemburuan.

".....Kalau di puskesmas ditempatkan dokter keluarga puskesmas, ya sangat terganggu. Mau tidak ia (dokter keluarga) berbagi dengan kita..". (KaPusk-4)

".....Kalau di puskes saya rasa janganlah..". (KaPusk-3)

".....Kita bisa iri, karena pendapatannya lebih besar dari kita, mereka bisa 8 ribu kapitasinya, kita hanya seribu, lalu apa beda dokter keluarga dengan dokter puskesmas". (KaPusk-4)

".....Kecemburuan sosial itu pasti ada di kalangan dokter puskesmas dengan dokter keluarga mandiri". (KaPusk-1)

Merujuk hasil pembahasan tentang kepesertaan, paket pelayanan kesehatan, jelas terlihat adanya duplikasi peserta dan pelayanan yang disediakan. Pelayanan RJTP masyarakat miskin nyata-nyata telah disediakan oleh program Askeskin. Kenyataan

tersebut memunculkan pendapat pengelola program pelayanan kesehatan masyarakat miskin yang menganggap program dokter keluarga yang ditujukan untuk masyarakat miskin mengakibatkan sebagian dana negara mubazir.

".....Ya, kalau begini kan ganda. Mubazir karena sama-sama uang negara, yang dilayani satu saja. Yang jadi masalah orang yang tidak miskin tidak ditanggung oleh negara. Sekarang sebelum ada 2 dokter keluarga kita tetap jalan dama saja. Setelah ada dokter keluarga, menonjol juga tidak, ada atau tidak ada dia (dokter keluarga) sama saja". (LP-1)

".....orang juga menjadi bingung jadinya". (LP-3)

Ada keuntungan dan kerugian yang diakibatkan oleh perbedaan dana kapitasi untuk RJTP program Askeskin dan dokter keluarga. Dengan perbandingan 8: 1 dana kapitasi dokter keluarga dan Askeskin, maka keuntungan yang tampak adalah kepuasan pasien dokter keluarga lebih tinggi dibandingkan pasien Askeskin. Namun demikian, ada beberapa kerugian sebagai dampak program dokter keluarga yaitu 1) menimbulkan kecemburuan bagi sesama dokter, 2) sebagian dana menjadi mubazir karena duplikasi kepesertaan dan jenis paket pemeliharaan kesehatan yang disediakan oleh program dokter keluarga dan program Askeskin.

Salah satu keterbatasan penelitian ini adalah tidak menghitung *cost effectiveness* program dokter keluarga dan program askeskin sehingga tidak dapat dilakukan evaluasi ekonomi terhadap kedua program tersebut. Dalam hal ini tidak dapat disimpulkan program mana yang paling *cost effective*.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Gambaran pelaksanaan uji coba sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat melalui program ASKESKIN dan program Dokter keluarga di dua kabupaten provinsi Sumatera Selatan tahun 2006:

- a. Kepesertaan; 1) terjadi duplikasi peserta program Askeskin dan program dokter keluarga, 2) para dokter keluarga dan petugas lintas program dan lintas sektor mengharapkan peserta program dokter keluarga adalah masyarakat non-gakin.

- b. Paket pemeliharaan kesehatan; 1) terjadi duplikasi sebagian jenis pelayanan kesehatan RJTP yang disediakan oleh program Askeskin dan program dokter keluarga, 2) Jam buka praktek fasilitas pelayanan RJTP program Askeskin (Puskesmas) lebih lama (5 jam) dibandingkan dokter keluarga (2–4 jam).
- c. Pembiayaan; 1) terjadi duplikasi sebagian dana yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan RJTP masyarakat miskin, 2) dokter keluarga puskesmas menerima gaji ganda yaitu dari gaji PTT dan kapitasi dokter keluarga, sehingga menimbulkan kecemburuan bagi petugas kesehatan lainnya.

Saran

1. Penerapan program dokter keluarga harus untuk masyarakat yang belum mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan, tidak dapat diterapkan untuk peserta penduduk miskin karena mereka telah mempunyai jaminan pemeliharaan kesehatan.
2. Disusun petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis program dokter keluarga yang lebih operasional sehingga jelas tentang tugas pokok, fungsi, hak, kewajiban dan tanggung jawab dokter keluarga serta sanksi yang akan diterapkan apabila tidak bekerja sesuai perjanjian.
3. Dilakukan perhitungan premi yang sesuai untuk memberikan paket pemeliharaan kesehatan yang komprehensif, bukan hanya rawat jalan tetapi harus dapat menjangkau pelayanan rawat inap.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih saya sampaikan kepada: 1) Prof. dr. Hasbullah Thabrany, MPH., Dr.PH. yang telah bersedia meluangkan waktu untuk menjadi nara sumber, di sela-sela kesibukan beliau yang sangat padat, dan 2) Kepala Badan Litbang provinsi Sumatera Selatan yang telah menyediakan dana melalui APBD untuk biaya penelitian ini dan mengizinkan publikasi hasil penelitian pada buletin ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Aday LA, Andersen R, Fleming GV, 1980. *Health Care in the US, Equitable for Whom?* London: Sage Publications, Beverly Hills.
- Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M, 2004. Acces to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France, *Health Econ*, 13; 669–687.
- Indonesia Departemen Kesehatan, 2006. Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin, PT Askes, Jakarta.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan, 2007. Laporan Askeskin Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Selatan Tahun 2006, Palembang.
- Fitzpatrick AL, Powe NR, Cooper LS, Ives DG, Robbins JA, 2004. Barriers to Health Care Access Among the Elderly and Who Perceives Them, *Journal of Public Health*, Washington; Oct, Vol 94; 1788–1794.
- Ikatan Dokter Indonesia, 2003. Praktek Dokter Keluarga Mandiri, PB IDI Jakarta.
- Retnaningsih, Ekowati, 2005. Inekuitas Akses Layanan Kesehatan Suspek TB Pada Sembilan Provinsi di Indonesia, disertasi program doktoral FKM UI, Depok.
- Retnaningsih, Ekowati, 2008. Perbandingan Tingkat Kepuasan Pasien Gakin Peserta Program Askeskin dan Program Dokter Keluarga Terhadap Pelayanan RJTP di Dua Kabupaten di Sumatera Selatan, dalam *Buletin Penelitian Kesehatan Vol. 36 No. 4 Tahun 2008*, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dep.Kes.RI, Jakarta.
- Rodriguez M, Stoyanova A, 2004. The Effect of Private Insurance Access on the Choice of GP/Specialist and Public/Private Provider in Spain, *Health Econ*; 13; 689–703.
- Thabrany, Hasbullah, 1995. Health Insurance and the Demand For Medical Care in Indonesia, Dissertation of the University of California, Berkeley.
- Thabrany, Hasbullah, 2000. Telaah Komprehensif Jaminan Pemeliharaan Kesehatan untuk Merancang Sistem Asuransi Kesehatan yang Sustainabel, Yayasan Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia, Depok, 2000.